



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

info@scamfyc.org

Sociedad Castellano-Manchega de
Medicina de Familia y Comunitaria
España

Pablo Santiago, Ruth; Domínguez Trejo, Benjamín; Peláez Hernández, Viridiana; Rincón Salazar, Santiago; Orea Tejeda, Arturo

Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca

Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 9, núm. 3, 2016, pp. 152-158

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria
Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169649430004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca

Ruth Pablo Santiago^a, Benjamín Domínguez Trejo^b, Viridiana Peláez Hernández^c, Santiago Rincón Salazar^a, Arturo Orea Tejeda^d

^aFacultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Ciudad de México. México.

^bFacultad de Psicología, UNAM. Ciudad de México. México.

^cInstituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas". Ciudad de México. México.

^dCoordinador del Servicio de Cardiología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas". Ciudad de México. México.

Correspondencia:
Dra. Viridiana Peláez Hernández, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas";
Calzada de Tlalpan No. 4502, Col. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080 – Ciudad de México (México).

Correo electrónico:
psic.viridiana.pelaez@gmail.com

Recibido el 19 de febrero de 2016.

Aceptado para su publicación el 11 de marzo de 2016.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

Objetivo. Examinar la asociación entre autoeficacia y sobrecarga percibida del cuidador de pacientes con insuficiencia cardíaca.

Diseño. Estudio exploratorio y correlacional de corte transversal.

Emplazamiento. Ámbito comunitario. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas".

Participantes. 109 cuidadores de pacientes con insuficiencia cardíaca.

Mediciones Principales. Se realizó una evaluación psicológica, en la que se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Carga Zarit y la Escala de Autoeficacia Percibida en Cuidadores Primarios Informales de Enfermos Crónicos.

Resultados. El 49,5% (95%IC: 82,12-89,16) de la muestra reportó un nivel de autoeficacia bajo. El 27,5% (95%IC: 20,04-22,75) presentó sobrecarga leve y el 25,7% (95%IC: 37,71-47,78) sobrecarga intensa. Los resultados del análisis revelan una relación inversamente proporcional entre las variables del estudio ($r = -0,592$, $p < 0,05$), Eliminar lo siguiente: esto quiere decir que a mayor sobrecarga menor autoeficacia percibida y viceversa.

Conclusiones. La sobrecarga es una de las consecuencias negativas más reportadas. Al estar relacionada con la autoeficacia percibida, este hallazgo podría ser considerado en el diseño de programas de intervención para reducir la carga del cuidador.

Palabras clave. Autoeficacia Emocional. Autoeficacia Cognitiva. Autoeficacia Conductual. Insuficiencia Cardíaca. Cuidador Informal. Sobrecarga Percibida.

ABSTRACT

Burden and perceived Self-efficacy in informal primary caregivers of patients with heart failure.

Objective. To examine the association between perceived self-efficacy and burden in caregivers of patients with heart failure.

Design. Cross-sectional exploratory and correlational study.

Location. Community level. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (National Institute of Respiratory Diseases) "Ismael Cosío Villegas".

Participants. 109 caregivers of patients with heart failure.

Main measures. A psychological evaluation was performed in which the following instruments were applied: the Zarit Burden Scale and Scale of Perceived Self-Efficacy in Informal Primary Caregivers of the Chronically Sick.

Results. 49.5% (95% CI: 82.12-89.16) of the sample reported a low level of self-efficacy. 27.5% (95% CI: 20.04-22.75) had low burden and 25.7% (95% CI: 37.71-47.78) intense burden. The results of the analysis revealed an inverse relationship between the study variables ($r = -0.592$), so that the higher the perceived self-efficacy the lower the burden, and vice versa.

Conclusions. The burden is one of the most commonly reported negative consequences. Since it is related to the perceived self-efficacy, this finding could be taken into account when designing intervention programs that reduce caregiver burden.

Key Words. Affective Self-Efficacy. Cognitive Self-Efficacy. Behavioral Self-Efficacy. Heart Failure. Informal Care. Burden.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a 5,7 millones de estadounidenses¹. Este síndrome constituye el diagnóstico más común entre personas hospitalizadas mayores de 65 años, está asociado con diversas enfermedades y representa la etapa final de casi todas las cardiopatías²⁻⁴.

La IC es un síndrome clínico que aparece como consecuencia de trastornos estructurales o funcionales del corazón que disminuyen la capacidad del ventrículo para llenarse o para expulsar sangre. Entre su sintomatología destaca la aparición de edema, fatiga y disnea⁵.

Al tratarse de un síndrome incapacitante, un familiar suele asumir el papel de cuidar del paciente, convirtiéndose así en cuidador primario informal (CPI). Esta es la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria al paciente durante la mayor parte del día sin recibir remuneración económica^{6,7}.

Sin embargo, asumir este rol incluye cambios, en muchos casos de magnitud igual o superior a los del paciente, que generan estrés⁸⁻¹¹. Una reacción emocional común es la sobrecarga percibida, entendida como el grado en que éste percibe que el cuidado ha influido sobre diferentes aspectos de su salud, vida social, personal y económica¹².

Cuando un CPI presenta algún nivel de sobrecarga se podrían ocasionar cambios en la autoeficacia percibida y los cuidados otorgados, por lo tanto esto podría afectar su actividad como CPI y provocar repercusiones sobre la salud de ambos. La autoeficacia percibida es la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados^{13,14}.

Existen numerosos estudios publicados que evalúan la autoeficacia percibida, realizados con cuidadores de pacientes con demencia, en los que se ha observado que cuidadores con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, planteándose metas y objetivos más altos. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, los CPI con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades que aquellos que tienen menor autoeficacia¹⁵⁻²³.

Cuidadores de pacientes con IC han mostrado tener problemas similares a los cuidadores de pacientes con otras enfermedades crónicas o demencia, aunque con diferencias relacionadas con las características propias este síndrome en el que son frecuentes las hospitalizaciones²⁴. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre sobrecarga percibida y autoeficacia en cuidadores de pacientes con IC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio exploratorio y correlacional de corte transversal. El estudio se llevó a cabo entre agosto del 2013 y julio del 2014. Se evaluaron 109 CPI de pacientes con IC crónica estable atendidos en la Clínica de Insuficiencia Cardíaca y Respiratoria del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas".

Los criterios de inclusión para la selección de participantes fueron los siguientes: cuidar de un paciente con insuficiencia cardíaca crónica estable, acompañar al paciente a sus revisiones médicas, relación consanguínea con el paciente o ser su cónyuge, tiempo de cuidado del paciente mayor o igual a 1 año, ser mayor de edad y firmar el consentimiento informado.

Después de identificar a los CPI que cumplieron con los criterios de inclusión, se les invitó a participar en el estudio y si aceptaban se le pedía firmar el consentimiento informado. De lo contrario, no fueron incluidos en la muestra, sin sanción alguna por parte del Instituto. En caso afirmativo, en una sesión individual de 20 minutos fue aplicada, de manera heteroadministrada por psicólogos debidamente capacitados, la ficha de identificación para la recolección de datos sociodemográficos, además de los siguientes instrumentos: Escala de Carga Zarit²⁵ y Escala de Autoeficacia Percibida en Cuidadores Primarios Informales de Enfermos Crónicos.

Se utilizó la Escala de Carga Zarit en su versión validada en México por Alpuche y colaboradores²⁵, que consta de 22 ítems con escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). El instrumento muestra una puntuación global de 0 a 88 y los puntos de corte se calcularon con los percentiles del inventario, quedando de la siguiente manera: Sin sobrecarga ≤ 17 puntos, sobrecarga leve entre 18 y 29 puntos y sobrecarga intensa ≥ 30 puntos. Asimismo, evalúa tres dimensiones: impacto de cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia. El primero factor (ítems 2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 22) se refiere a las valoraciones que hace el CPI respecto de la prestación de los cuidados. El segundo factor (ítems 1, 4, 5, 6, 9, 13) explica la relación que mantiene con su paciente. Por último, el tercer factor (ítems 15, 20, 21) refleja creencias del CPI sobre su capacidad para cuidar.

Para evaluar la autoeficacia percibida, se aplicó la Escala de Autoeficacia Percibida en Cuidadores Primarios Informales de Enfermos Crónicos. Se compone de 23 ítems con opción de respuesta tipo Likert de 1 (Nada capaz) a 5 (Totalmente capaz). La escala proporciona una puntuación general de 23 a 115 puntos y a partir de esta se genera una clasificación: Autoeficacia baja ≥ 92 puntos, moderada ≥ 100 puntos y alta ≥ 108 puntos. Además, la escala evalúa tres dimensiones de la autoeficacia: afectiva, conductual y cognitiva. La primera (ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20) se refiere a

la capacidad percibida por el CPI para proporcionar apoyo emocional y no afectar su propio estado de ánimo. En la segunda subescala (ítems 18, 19, 21, 22, 23), se evalúan elementos que se refieren a la capacidad percibida por el CPI para realizar las actividades de cuidado y organizarlas con sus actividades personales. Por último, la subescala autoeficacia cognitiva (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) evalúa la capacidad percibida por el CPI para adquirir y aplicar los conocimientos necesarios para cuidar y planear sus actividades.

El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 21.0 para Windows. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución de las variables y determinar el tipo de prueba estadística a realizar. Primero, se llevó a cabo un análisis descriptivo para las características sociodemográficas. Posteriormente, se determinó la relación entre las dos variables principales: sobrecarga del cuidador y autoeficacia percibida con edad (dicotómica). También se analizó la relación de las mismas con el sexo mediante chi-cuadrado, con el tiempo de cuidado mediante la prueba Kruskal-Wallis y con la edad (*t* de Student). Finalmente, se calculó la relación entre las puntuaciones de sobrecarga y autoeficacia mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS

La edad media de los cuidadores fue de 55,1 años (DE: 13,8). El resto de características sociodemográficas se muestran en la tabla 1. El perfil del CPI que predomina en nuestra muestra corresponde a una mujer (76,1%), casada (79,8%), que se dedica al hogar, con educación básica (35,8%) y con parentesco directo, siendo su cónyuge o hija.

En lo que respecta al nivel de autoeficacia, el 49,5 % de los cuidadores mostró un nivel de autoeficacia bajo y el 46,8% se clasificó como sin presencia de sobrecarga.

Mediante la prueba de chi-cuadrado y Kruskal-Wallis no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la distribución de sexo, rango de edad y tiempo de diagnóstico por nivel de sobrecarga y grado de autoeficacia, tal como se muestra en las tablas 2 y 3.

La relación entre los dos instrumentos usados con sus respectivas sub-escalas se muestra en la tabla 4. Se observó una correlación negativa entre la sobrecarga percibida y autoeficacia percibida, moderada e inversamente proporcional ($r=-0,592$, $p=0,01$). Todas las correlaciones fueron significativas, siendo la subescala autoeficacia afectiva ($-0,549$, $p=0,01$) la que muestra correlaciones moderadas con sobrecarga y sus dimensiones. Esto implica que si aumenta la percepción del CPI en aspectos como: mantener su estado de ánimo, conservar sus relaciones sociales estables con otras personas, no sentir estrés por cuidar, ser capaz de hacer reír a su paciente, darle ánimo y cuidarlo con

amor, podría disminuir la sobrecarga y viceversa.

DISCUSIÓN

Al describir las características de los cuidadores primarios informales de nuestra muestra se observa un perfil similar al descrito en publicaciones previas, el cual corresponde a una mujer, con nivel educativo bajo, sin empleo y con un nivel socioeconómico bajo²⁶⁻²⁸.

Los resultados obtenidos permiten observar una relación negativa entre sobrecarga y autoeficacia en CPI de pacientes con IC. Sin embargo, la literatura científica que aborda la temática del estudio es escasa para la población del estudio. No obstante en estudios previos sobre CPI de pacientes con demencia se ha demostrado la existencia de una asociación entre sobrecarga y autoeficacia, donde se confirman altos niveles de autoeficacia asociados con la disminución de sobrecarga percibida^{19,29}. Al mismo tiempo, se ha visto una relación positiva con la salud física y mental^{19,30,31}.

En cuanto al nivel de autoeficacia en la muestra, observamos que más de la mitad de los casos (50,5%) presentan una moderada/alta autoeficacia respecto a su desempeño, esto es coincidente con los datos disponibles en la literatura derivados de estudios realizados en CPI de pacientes con demencia^{15,16}. Al respecto, en algunos estudios se observó que a medida que el tiempo de cuidado aumenta el CPI se va adaptando a las demandas de su rol³². En la muestra, la media de tiempo de cuidado observada fue de 11,15 años (DE: 10,7), lo que podría implicar que los cuidadores pudieron aprender cómo cuidar de su paciente con el paso del tiempo.

Por otra parte, se observa una relación moderada entre la dimensión afectiva y sobrecarga, lo que permite vislumbrar efectos en el plano afectivo con la presencia de sobrecarga y viceversa, siendo estas variables susceptibles de ser modificadas a través de programas de intervención para prevenir consecuencias en la salud y bienestar del CPI.

La sobrecarga percibida es un tema de interés clínico y psicosocial porque afecta la salud psicológica del cuidador, incrementa su riesgo a morir³³ y reduce la calidad de cuidado otorgado al grado de apresurar la institucionalización del paciente. Sin embargo, se ha centrado la atención de estos aspectos, de manera focalizada, únicamente en el CPI del paciente con demencia. En consecuencia, la obtención de variables relacionadas con la presencia de sobrecarga en el CPI del paciente con IC es de gran interés científico y práctico, en especial por lo que respecta a la calidad de vida tanto del CPI como del paciente³⁴.

Respecto a las limitaciones de nuestro estudio, una de ellas se refiere al diseño transversal, pues no permite llegar a conclusiones de causalidad, ni la identificación de la dirección del efecto. Sin

embargo, supone un primer acercamiento en el esclarecimiento de los factores que contribuyen a la comprensión del papel del CPI, sobre todo en po-

blación con IC en México, ya que ha sido un campo poco estudiado hasta ahora.

Características de los participantes	N	%
<i>Género</i>		
<i>Masculino</i>	26	23,9
<i>Femenino</i>	83	76,1
<i>Estado civil</i>		
<i>Soltero</i>	14	12,8
<i>Casado</i>	87	79,8
<i>Otros</i>	8	7,3
<i>Ocupación</i>		
Hogar	57	52,3
Profesionista	11	10,1
Empleado	12	11
Jubilado/Desempleado	16	14,7
Otros	13	11,9
<i>Escolaridad</i>		
Analfabeto	4	3,7
Primaria	24	22
Secundaria	15	13,8
Bachillerato	18	16,5
Carrera técnica	13	11,9
Licenciatura	31	28,4
Posgrado	4	3,7
<i>Parentesco con el paciente</i>		
Cónyuge	49	45
Hija(o)	35	32,1
Madre/Padre	9	8,3
Otros	16	14,6
<i>Nivel de autoeficacia</i>		
Bajo	54	49,5
Moderado	28	25,7
Alto	27	24,8
<i>Nivel de sobrecarga</i>		
Ausencia	51	46,8
Leve	30	27,5
Intensa	28	25,7

Tabla 1. Características del cuidador primario informal.

Variable	Autoeficacia Baja N=54	Autoeficacia Moderada N=28	Autoeficacia Alta N=27	Significación
Sexo				
Mujer	39 (47%)	24 (28,9%)	20 (24,1%)	0,380
Hombre	15 (57,7%)	4 (15,4%)	7 (26,9%)	
Edad				
< 65 años	41 (50%)	22 (26,8%)	19 (23,2%)	0,770
≥ 65 años	13 (48,1%)	6 (22,2%)	8 (29,6%)	
Tiempo de cuidado	10,8 (DE:10,2)	8,2 (DE: 7,7)	15,5 (DE: 13,4)	4,986

Tabla 2. Diferencias en sexo, edad y tiempo de cuidado respecto al nivel de autoeficacia. NS: No significación estadística.

Variable	Sin Sobrecarga N=51	Sobrecarga Leve N=30	Sobrecarga Intensa N=28	χ^2
Sexo				
Mujer	40 (48,9%)	21 (25,3%)	22 (26,5%)	0,650
Hombre	11 (42,3%)	9 (34,6%)	6 (23,1%)	
Edad				
< 65 años	38 (46,3%)	25 (30,5%)	19 (23,2%)	0,389
≥ 65 años	13 (48,1%)	5 (18,5%)	9 (33,3%)	
Tiempo de cuidado	11,8 (DE:9,9)	9,1 (DE: 10,2)	12,3 (DE: 12,5)	1,904

Tabla 3. Diferencias en sexo, edad y tiempo de cuidado respecto al nivel de sobrecarga. NS: No significación estadística.

	Sobrecarga	Impacto del cuidado	Relación interpersonal	Expectativas de autoeficacia
Autoeficacia afectiva	-0,549*	-0,486*	-0,476*	-0,272*
Autoeficacia cognitiva	-0,383*	-0,296*	-0,315*	-0,318*
Autoeficacia conductual	-0,465*	-0,417*	-0,353*	-0,253*
Total Global Autoeficacia	-0,592*	-0,505*	-0,466*	-0,369*

Tabla 4. Correlación de Spearman entre sobrecarga y autoeficacia percibida. *p<0,01.

Considerando los resultados obtenidos de ambas escalas, se podría plantear otra limitación relacionada con la utilización de la Escala de Carga Zarit²⁵, pues sus diferentes subescalas no evalúan el constructo de autoeficacia como tal, sino que se refieren a la competencia y expectativas respecto al cuidado^{25,35}.

A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, es necesario señalar a la variable autoeficacia como un atributo modificable y que podría tener un papel determinante en diversos aspectos de la salud física y emocional del cuidador primario informal^{19, 32, 36}.

Para los profesionales de la salud, conocer la percepción del CPI sobre las habilidades que posee para hacer frente a diferentes áreas de cuidado podría considerarse como un indicador útil para identificar las áreas de vulnerabilidad en el manejo de las demandas de cuidado y, así, proporcionar herramientas adecuadas al CPI para facilitar su papel y, al mismo tiempo, favorecer el diseño intervenciones eficaces³⁰.

Por último, se han realizado investigaciones enfocadas a conocer las variables que incrementan la resiliencia en el CPI, identificando la autoeficacia como variable mediadora entre los posibles estresores (verbigracia: sobrecarga) y las consecuen-

cias de estar expuesto a nivel de estrés prolongado, ansiedad y depresión^{32,36}.

Estos hallazgos sugieren que las diversas formas de afrontamiento utilizadas por el CPI pueden estar influidas por la valoración que otorgue a las demandas de cuidado y de las herramientas que posean, por lo tanto es recomendable desarrollar programas de intervención preventivos que aborden constructos psicológicos modificables como la autoeficacia percibida para contribuir a reducir la presencia de consecuencias negativas en el CPI. En concreto, para fortalecer la autoeficacia del CPI se recomienda diseñar programas de intervención usando herramientas como psicoeducación y entrenamiento en solución de problemas. Además, se propone que, al mismo tiempo, se desarrollen programas de intervención dirigidos al paciente con el objetivo de fortalecer su adherencia terapéutica, autocuidado y reconocer el rol de su CPI.

Ambos constructos abordados en este estudio han sido ampliamente estudiados en CPI de pacientes con demencia^{19, 22, 23, 31, 34, 37}. Sin embargo, en pacientes con otras enfermedades crónicas la evidencia es escasa, en especial en pacientes con IC. Por tanto, son necesarios estudio posteriores que permitan analizar la relación de la autoeficacia con las posibles repercusiones físicas y psicológicas del cuidador tanto negativas como positivas. Al respecto, es preciso desarrollar investigaciones longitudinales que permitan establecer relaciones causales.

En conclusión, se ha demostrado la existencia de una relación negativa entre la autoeficacia y la sobrecarga, por lo tanto un bajo nivel de autoeficacia aumenta el nivel de sobrecarga y viceversa. Es necesario reconocer la importancia del papel que desempeña el CPI como un recurso humano valioso y como instrumento y medio por el cual se proporcionan cuidados específicos y muchas veces especializados al paciente con IC. Sin embargo, es necesario contemplar la posibilidad de que este cuidador se convierta en paciente, ya que la presencia de sobrecarga percibida podría afectar diversas áreas de su vida, incrementando la probabilidad de sufrir alteraciones en su salud física y mental.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto CONACYT-FOSISS: 262266 "Efecto del tratamiento no farmacológico sobre el estado clínico y pronóstico del paciente con insuficiencia cardíaca y respiratoria".

Proyecto PAPPIT-DGSCA-UNAM: IN304515 (2015-2018) "Biomarcadores (autónomos e inmunológicos) como indicadores del componente emocional en el dolor crónico".

BIBLIOGRAFÍA

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. AHA Statistical Update Heart Disease and Stroke Statistics — 2015 Update A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131:e29-e322.
2. Mc Murray J, Adamopoulos S, Anker S, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica 2012. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(10):874-8.
3. Asensio E, Orea A, Castillo L, Narváez R, Dorantes J, Oseguera J. Utilidad de la estimulación eléctrica en la insuficiencia cardíaca. *Med Int Mex*. 2005;21(1):52-9.
4. Orea TA, Castillo ML, Férez SS, Ortega SA. Programa Nacional de Registro de Insuficiencia Cardíaca. Resultados de un estudio multicéntrico mexicano. *Med Int Mex*. 2004;20(4):243-52.
5. Dickstein K, Cohen-solal A, Gerasimos F, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole PA, et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008). *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(12):1329e1-e70.
6. Llach XB, Suriñach NL, Gamisans MR. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria*. 2004;34(4):170-7.
7. Ruiz RN, Moya AL. El cuidado informal: una visión actual. *Rev Motiv y Emoción*. 2012;1:22-30.
8. Achury DM, Maherly H, Riaño C, Andrea L, Rubiano G, Guevara NM. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro*. 2011;13(1):27-46.
9. Pinquart M, Sörensen S. Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Aging Ment Health*. 2004;8(5):37-41.
10. Do Muíño J, González C, Fernández MV, Iglesias RM, Rodríguez E. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes inmovilizados en atención primaria. *Cad atención Primaria*. 2010;17:10-4.
11. Pérez A, García L, Rodríguez E, Losada A, Porras N, Gómez MÁ. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria*. 2009;41(11):621-8.
12. Zarit SH, Reever KE, Mpg MPA, Bach-peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
13. Bandura A. Bandura Self-efficacy defined. *Encyclopedia of Human Behavior* [Internet]. 1994. p. 71-81. Available from: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>.
14. Bandura A. Collective efficacy. Self-efficacy: The exercise of control. 1997. p. 477-525.
15. Au A, Lau K-M, Sit E, Cheung G, Lai M-K, Wong SKA, et al. The Role of Self-Efficacy in the Alzheimer's Family Caregiver Stress Process: A Partial Mediator between Physical Health and Depressive Symptoms. *Clin Gerontol*. 2010;33(4):298-315.
16. Cheng ST, Lam LCW, Kwok T, Ng NSS, Fung AWT. Self-efficacy is associated with less burden and more gains from behavioral problems of Alzheimer's disease in Hong Kong Chinese caregivers. *Gerontologist*. 2012;53(1):71-80.
17. Chiang LC, Chen WC, Dai YT, Ho YL. The effectiveness

- of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(10):1230–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.013>
18. Durmaz H, Okanli A. Investigation of the effect of self-efficacy levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014;28(4):290–4.
 19. Gallagher D, Ni Mhaolain A, Crosby L, Ryan D, Lacey L, Coen RF, et al. Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging Ment Health*. 2011;15(6):663–70
 20. Holden RJ, Schubert CC, Mickelson RS. The patient work system : An analysis of self-care performance barriers among elderly heart failure patients and their informal caregivers. *Appl Ergon*; 2015;47:133–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2014.09.009>
 21. Kara M, Asti T. Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns*. 2004;55:114–20.
 22. Steffen AM, Mckibbin C, Zeiss AM, Gallagher-thompson D, Bandura A. The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy : Reliability and Validity Studies. *J Gerontol*. 2002;57(1):74–86.
 23. Zhang S, Edwards H, Yates P, Li C, Guo Q. Self-efficacy partially mediates between social support and health-related quality of life in family caregivers for dementia patients in Shanghai. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2014;37(1-2):34–44.
 24. Bakas T, Pressler S, Johnson E, Julie N, Terrence S. Family Caregiving in Heart Failure. *Nurs Res*. 2006;55(3):180–8.
 25. Alpuche V, Ramos B, Rojas M, Figueroa C. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicol y Salud*. 2008;18(2):237–45.
 26. Pressler SJ, Gradus-Pizlo I, Chubinski SD, Smith G, Wheeler S, Wu J, et al. Family Caregiver Outcomes in Heart Failure. *Am J Critical Care*. 2009;18(2):149–59.
 27. Achury DM, Riaño HMC, Rubiano LAG, Rodríguez NMG. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Red Rev Científicas América Lat el Caribe, España y Port [Internet]*. 2011;13(1):12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145221282007.pdf>.
 28. Timonet AE, Morales AJM, Canca SJC, Rivas RF, Mesa RR, Sepúlveda SJ, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y sobrecarga de cuidadores de pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca. *Enfermería en Cardiol*. 2013;58-59(1-2):50–5.
 29. Nogales GC, Romero RM, Losada A, Márquez GM, Zarit SH. Moderating effect of self-efficacy on the relation between behavior problems in persons with dementia and the distress they cause in caregivers. *Aging Ment Health*. 2015;1–9.
 30. Romero MR, Losada A, Mausbach BT, Márquez GM, Patterson TL, López J. Analysis of the moderating effect of self-efficacy domains in different points of the dementia caregiving process. *Aging Ment Health*. 2011;15(2):221–31.
 31. George NR, Steffen A. Physical and Mental Health Correlates of Self-Efficacy in Dementia Family Caregivers. *J Women Aging*. 2014;26(4):319–31.
 32. Crespo M, Fernández-Lansac V. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *An Psicol*. 2015;3(1):19–27.
 33. McEwen BS, Gray JD, Nasca C. Recognizing resilience : Learning from the effects of stress on the brain. *Neurobiol Stress [Internet]*. Elsevier Inc; 2015;1:1–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ynstr.2014.09.001>
 34. Contador I, Fernández-Calvo B, Palenzuela DL, Miguéis S, Ramos F. Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia : A perspective of optimism based on generalized expectancies of control. *Aging Ment Health*. 2012;16(6):675–82.
 35. Montorio CI, Izal F de TM, López LA, Sánchez CM. La Entrevista de Carga del Cuidador . Utilidad y validez del concepto de carga. *An Psicol*. 1998;14(2):229–48.
 36. Fernández-Lansac V, Crespo M, Cáceres R, Rodríguez-Poyo M. Resiliencia en cuidadores de personas con demencia : estudio preliminar. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(3):102–9.
 37. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J Adv Nurs*. 2012;68(4):846–55.